

Réflexions à propos des pratiques sectorielles en psychiatrie et de leur évaluation

Dolores Linda Torres
Psychiatre, chef de service
Centre hospitalier
Edouard-Toulouse, Marseille

Remerciements
Merci à Betty Brahmy, Magali Coldefy
et Emmanuelle Salines pour leur
relecture et avis.

La psychiatrie française est organisée en secteurs. La population d'un territoire peut avoir recours à une équipe soignante pluridisciplinaire qui prend en charge la prévention, les soins et le suivi des pathologies mentales.

La France dans les années soixante-soixante-dix a été pionnière en créant la politique de secteur. En effet, après la mort de faim et de froid de milliers de malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques français entre 1940 et 1945, un mouvement de psychiatres et d'infirmiers, engagés dans la résistance, proposa un modèle radicalement opposé, remettant en question l'enfermement des patients. Le projet de ces pionniers donna naissance à la psychiatrie dite de secteur : la première circulaire, du 14 mars 1960, prônait la continuité et des soins de proximité, définissant pour un même territoire et sa population une équipe qui prendrait en charge la prévention, les soins et la posture. Le terme de secteur désigne à la fois un bassin de vie, sa population et l'équipe soignante. L'ensemble du territoire français allait être découpé en secteurs d'environ 70 000 habitants. L'hospitalisation doit dès lors devenir alors une modalité de prise en charge parmi d'autres.

L'équipe pluridisciplinaire comprend des psychiatres, des psychologues, des infirmiers et des cadres de soins, des assistantes sociales, des secrétaires, et selon les orientations cliniques ou l'histoire des services, des éducateurs des ergothérapeutes, des aides-soignants, des psychomotriciens...

L'équipement en termes de dispositif de soins se diversifie, il comprend une ou plusieurs unités d'hospitalisation à temps complet, un ou plusieurs centres médico-psychologiques (CMP), c'est-à-dire des lieux de consultation et d'accueil, et, en fonction

du développement des secteurs, des lieux de soins à temps partiel tels qu'hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), ateliers, et des structures comportant un hébergement (hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques...).

Qu'en est-il quarante ans après ? Cette politique de secteur a-t-elle été mise en place ou bien la politique de santé mentale en France est-elle demeurée hospitalo-centrée plutôt que développée en réseau dans la cité, en s'appuyant sur la continuité des soins ?

De nombreux chiffres existent, produits notamment par les rapports d'activité de secteur et analysés par la Drees. C'est à partir de ces travaux particulièrement intéressants que cette réflexion s'est bâtie. *Que nous révèlent ces données sur le système de santé et, au-delà de ces statistiques, quelles informations complémentaires seraient nécessaires à une meilleure compréhension de la politique de soins effectuée dans le quotidien ?*

En effet, si une typologie des secteurs [8] a été mise en évidence à partir de leurs modes d'organisation et de leurs pratiques, cette analyse, au-delà de l'hétérogénéité qu'elle révèle, ne met pas en lumière les limites structurelles du système.

L'évolution progressive du système de soins sans réforme profonde bute sur l'augmentation de la demande sans cesse croissante, et ne permet plus d'y répondre sans une remise en question profonde, notamment de la répartition des moyens en personnels.

Comment mettre en lien les outils qui permettent d'appréhender la réalité des prises en charge sur le terrain et les difficultés qui peuvent être traduites grâce à l'analyse des indicateurs existants ou qui pourraient être créés ?

À propos de la file active globale de secteurs

La file active est l'ensemble des patients vus au moins une fois pendant la période de référence (généralement l'année) par un ou plusieurs membres des équipes soignantes, quels que soient le nombre et la durée des prises en charge.

Un million de personnes ont été suivies en CMP en 2003, 86 % des personnes de la file active ont eu un suivi ambulatoire, soit 1 051 036 personnes. Ce chiffre (en augmentation régulière depuis 1989 où il n'était que de 54 %) amène les auteurs à penser que le CMP est devenu le pivot des secteurs de psychiatrie¹ [2].

Mais, on constate en même temps une diminution des prises en charge, à domicile ou en institutions substitutives au domicile, et une baisse des autres actes ambulatoires (accompagnements et autres) que ce rôle de pivot devrait favoriser.

Ces chiffres sont des données quantitatives. Comment évaluer la dimension qualitative ?

En effet, alors que le suivi ambulatoire augmente, ce qui pourrait être interprété comme un meilleur service rendu, *il y a de plus en plus de patients présentant des pathologies sévères en prison* [11, 12]. Ces malades sont également nombreux dans la rue et dans les structures qui accueillent un public en grande précarité, les contentions ont réapparu et leur utilisation, qui était devenue extrêmement rare, se multiplie, notamment aux urgences.

Certains patients, avec des pathologies nécessitant un accompagnement plus important, ne parviennent pas à être pris en charge dans le système actuel et se retrouvent dans des lieux d'exclusion, tels que la rue ou la prison.

Comment les patients qui présentent des pathologies sévères (psychoses, entre autres) sont-ils pris en charge ? Représentent-ils une priorité en termes de santé

1. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur ; il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra-hospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation.

publique ? Ne devrait-il pas y avoir une action ciblée en leur faveur ?

On ne peut pas mesurer, dans une file active, le travail de prise en charge de ces patients. Rencontrer des patients une fois ou deux en consultation de psychiatrie de liaison n'équivaut pas à la prise en charge au long cours d'un patient qui souffre de troubles psychotiques. Il serait pourtant nécessaire d'identifier cette part du travail de soin au sein de la file active. Si ces patients sont une grande majorité des 25 % qui séjournent plus d'un an dans les services de psychiatrie, alors on ne peut pas penser que le CMP est la structure pivot, mais que les CMP fonctionnent comme des centres de consultation pour des patients dont la pathologie est moins sévère et qui peuvent « rentrer dans le cadre proposé » d'un CMP centré sur les consultations.

Les files actives ne peuvent être analysées que corrélées à d'autres paramètres sur lesquels nous allons revenir, afin de comparer des activités comparables.

Actes effectués aux urgences et en psychiatrie de liaison

Les patients rencontrés dans les services d'urgence ne sont pas obligatoirement comptabilisés dans la file active sectorielle, du fait d'organisations différentes.

Cette donnée est importante, car rencontrer un patient dans un service d'urgence ou un service somatique représente un acte plus ponctuel, limité dans le temps, même s'il est très intense. Il diffère radicalement de l'accompagnement effectué au long cours dans un CMP. Certains hôpitaux ont choisi de mutualiser leurs moyens et une équipe intersectorielle intervient aux urgences ; dès lors, cette activité est comptabilisée en dehors des files actives de secteur, elle fait alors l'objet d'un recensement particulier dans les rapports d'activité des dispositifs intersectoriels. Dans d'autres hôpitaux, chaque équipe sectorielle prend en charge les patients de son secteur aux urgences, et ces actes souvent nombreux se retrouvent dans la file active sectorielle.

Il faut donc spécifier si, dans la file active globale d'un secteur, celle qui provient des urgences est incluse et quels sont les moyens que le secteur consacre à cette activité, pour évaluer des activités comparables.

Analyser les files actives globales nécessite donc que l'on identifie au sein d'une file active globale :

- la part, si elle existe, de patients pris en charge aux urgences ;

- la part, si elle existe, de patients pris en charge en psychiatrie de liaison.

Cette activité, très élevée sur le plan quantitatif, est importante du fait du service rendu en revanche ; elle ne va pas rendre compte de la dimension qualitative du travail de secteur, c'est-à-dire du travail de proximité.

Mise en perspective des files actives avec les moyens en personnels et le nombre de lits

D'autre part, les files actives globales doivent être corrélées :

- aux moyens en personnels : ETP (équivalents temps plein) médicaux et nombre d'infirmiers, d'aides-soignants, de psychologues, d'assistantes sociales et d'éducateurs ;

- au nombre de lits et d'unités d'hospitalisation ;

- au nombre de patients vus en CMP ;

- au travail de réinsertion, notamment par le logement.

Un secteur qui dispose de deux unités à temps complet d'hospitalisation d'une vingtaine de lits (34 % des secteurs disposent de deux unités, et 35 % n'ont qu'une unité) [2] a une capacité plus élevée d'hospitalisation et il dispose donc de deux fois plus d'infirmiers.

Comment le comparer à un service qui n'a que 20 ou 25 lits (une unité) ?

Quelle est leur différence en termes de moyens en personnels déployés hors de l'hôpital, c'est-à-dire dans les dispositifs ambulatoires et à temps partiel ?

L'analyse du pourcentage de moyens positionnés en ambulatoire pourrait alors indiquer les orientations de la politique de soins : met-elle l'accent sur le travail dans la cité avec un temps d'hospitalisation réduit, ou demeure-t-elle plus hospitalo-centrée ?

Cela donne une vision de la dynamique de la politique de soins, comme une troisième dimension en quelque sorte, s'ajoutant au nombre de patients suivis et de structures de soins.

À propos des soins en hospitalisation à temps complet

En 2003, 45 % des patients hospitalisés [2] ne connaissent que ce mode de suivi, ce qui pose clairement la question de la

continuité des soins. Mais le chiffre de 45 % n'indique pas si ce pourcentage se retrouve dans certains secteurs plutôt que d'autres et lesquels.

Il serait utile de savoir, en fonction du nombre de lits, quel est le pourcentage de patients qui ne sont suivis que sur ce mode. En effet, avec un petit nombre de lits, pour éviter les réhospitalisations, un effort doit être fait pour faciliter le suivi en ambulatoire.

Cette hypothèse doit être vérifiée car, si cet effort n'est pas fait, ce taux sera très élevé, ce qui pourrait correspondre aux 45 % mis en évidence.

De même, en 2003, 25 % des lits d'hospitalisation de psychiatrie sont occupés par des patients depuis plus d'un an. Cette donnée est importante car, dans le même temps, « on cherche un lit » est devenu le symptôme de la psychiatrie française et certains réclament une augmentation du nombre de lits. Ce manque de lits vacants pour accueillir les urgences s'accompagne de l'emploi de contentions aux urgences et dans les services, ce qui représente une nette régression, et doit être dénoncé au niveau des droits des patients. En parallèle, les rapports de secteur mettent en évidence que peu d'alternatives avec hébergement ont été développées.

- La durée moyenne de séjour (DMS) était de 41 jours en 2003, contre 45 jours en 2000. Ce chiffre ne peut être interprété, là aussi, que corrélé au nombre de lits : plus le nombre de lits est réduit et plus la DMS est courte : soit les secteurs ont développé des alternatives et les prises en charge en aval de l'hospitalisation pourront se faire correctement, soit il n'y en a pas, et c'est le plus souvent le cas.

Les patients, s'ils n'ont pas de logement, se retrouvent dans la rue en grande précarité et c'est le deuxième symptôme actuel, « la porte tournante » faute de solutions d'aval stables.

- La question qui se pose là est : peut-on proposer autre chose que l'hospitalisation à temps plein et ces propositions ne seraient-elles pas plus adaptées aux besoins des patients ? Un inventaire des lieux d'accueil dits alternatifs est à effectuer.

En effet, les structures avec hébergement répertoriées dans le décret de 86 sont peu développées (hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique) et nécessitent beaucoup de personnel.

Les autres lieux d'accueil mériteraient d'être explorés : combien d'appartements associatifs en France, dans quels secteurs et pourquoi ont-ils été créés ? Quels personnels y interviennent ? Y a-t-il des conventions avec des structures sociales accueillant des patients avec des suivis à domicile par les équipes soignantes, c'est-à-dire un partenariat avec des lieux sociaux proposant de l'hébergement et des suivis très construits, en articulation étroite entre les deux équipes ? Exemples : familles gouvernantes de l'Udaf, maisons relais, foyers Adoma...

- Pour comprendre l'activité d'un secteur, il est important de connaître la répartition du personnel entre « intra-hospitalier » et « extra-hospitalier ».

En moyenne, un secteur dispose de 50,6 ETP d'infirmiers [2], et une unité d'hospitalisation mobilise environ 18 ETP. Cela signifie que, pour un secteur disposant de deux unités d'hospitalisation, 2/3 du personnel, voire davantage, se consacra

à l'hospitalisation alors que plus de 80 % des patients sont suivis en ambulatoire. De ce fait, face à l'augmentation de la demande, le suivi ambulatoire va tenter de s'adapter, en recentrant son activité sur des consultations en CMP, faute d'équipes suffisantes pour effectuer un réel travail de réinsertion et de soutien à domicile, avec le développement d'alternatives. Les actes plus « coûteux en temps » que représente le travail de suivi à domicile seront de plus en plus réduits.

Cela signifie que, contrairement à ce qui peut apparaître comme une évolution favorable — l'augmentation des patients accueillis en ambulatoire — la structure même dans l'organisation n'évolue pas mais s'appauvrit sur le plan qualitatif. Il n'y a pas de transferts de moyens sur l'ambulatoire de façon décisive pour effectuer le vrai travail de proximité.

À l'inverse, un secteur qui disposerait de 50,6 ETP mais d'une seule unité d'hospitalisation (15 à 20 infirmiers) aurait plus de 60 % de son personnel en « extra-hospitalier ».

Le pourcentage de personnels en extra ou en intra-hospitalier, croisé avec le nombre de lits ou d'unités d'hospitalisation, pourrait ainsi être un indicateur intéressant à étudier (tableau 1).

Nombre de lits par secteurs : en moyenne, on retrouve d'après le chiffre de la Drees 46 lits par secteur. Le rapport note que 35 % des secteurs n'ont qu'une unité d'hospitalisation et que 34 % des secteurs ont deux unités. Il serait utile de mettre en correspondance la taille de la file active, globale, ambulatoire et à temps complet, ainsi que la part consacrée aux urgences et à la psychiatrie de liaison.

tableau 1

Proposition de tableau d'analyse comparée de la dynamique des prises en charge

Nbre de secteurs avec	Nombre de lits			
	Pas de lit	1 unité	2 unités	3 unités
File active globale				
File active aux urgences				
File active de liaison				
File active ambulatoire				
File active temps complet				
Répartition du personnel % intra-hospitalier				
Répartition du personnel % extra-hospitalier				

Les unités fermées

Dans le rapport de novembre 2007 [2], il est à noter que 72 % des secteurs disposent d'une unité fermée. Cette donnée mérite d'être précisée : que signifie une unité fermée ? Est-ce le service dans sa totalité qui est fermé, ou bien une partie, ou bien une unité sur deux ?

Pourquoi le service est-il fermé ? Est-ce qu'il l'a toujours été, pourquoi est-il devenu fermé et à partir de quand ?

Est-il fermé à cause de la consommation de toxiques (ravitaillage extérieur) ou de la dangerosité des malades ? Car dans un cas c'est pour protéger les malades de l'extérieur, dans l'autre, c'est le contraire² ! Il s'agit là de la question des libertés individuelles et un travail d'enquête approfondi mériterait que l'on analyse les raisons de ces fermetures.

Les chambres d'isolement

86 % des secteurs disposent d'une ou plusieurs chambres d'isolement. Le recours à l'isolement augmente. Une étude sur les raisons qui conduisent à isoler un malade serait utile.

Trieste, ville italienne de 250 000 habitants, où une psychiatrie d'avant-garde est pratiquée depuis plus de trente ans, dispose de quatre secteurs de psychiatrie de 60 000 habitants chacun ; il n'y a aucune chambre d'isolement, ni à l'hôpital général (centre d'accueil et de crise intersectoriel de 8 lits) ni dans les unités d'hospitalisation, 32 lits répartis dans 4 centres de santé mentale (8 lits dans chaque).

Mais dans cet exemple, avec peu de lits, les équipes sont complètement redéployées dans la cité, avec un travail sur la continuité des soins. Pas de chambre d'isolement et 14 mesures d'hospitalisation obligatoire (TSO) pour toute la ville de Trieste.

On peut considérer que le nombre de chambres d'isolement représente un indicateur, de même que le pourcentage

2. Je dois préciser que, pour le service dont j'ai la responsabilité, hélas, nous avons dû fermer l'unité de soins du service à cause de la circulation des toxiques, et des dealers dans l'hôpital. Et nous disposons d'une unité dite de « soins intensifs » comptant deux chambres d'isolement, une chambre de soins intensifs, un espace de repos et de détente, et une salle de bain, cette unité de trois chambres est toujours fermée, à l'intérieur de l'unité de soins, qui était encore, il y a peu de temps, toujours ouverte (excepté la nuit). Cela veut dire que dans les services de psychiatrie beaucoup de patients consomment des toxiques, et que les dealers circulent sans difficultés dans les hôpitaux, ce qui pose question quant à la circulation et la sécurité des malades.

d'hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et d'hospitalisations d'office (HO), mais cela n'est pas un indice de qualité des soins de notre système, ni un indice sur la dangerosité des patients, mais un manque d'adéquation entre les besoins et l'organisation des soins.

À propos des soins en ambulatoire et notamment dans les CMP

« Au sein de l'activité ambulatoire, ce sont les soins et interventions en CMP qui ont connu la plus forte croissance entre 1989 et 2003 : + 111 %. Mais la période 2000-2003 est marquée par une forte inclinaison avec la diminution des files actives prises en charge à domicile ou en institutions substitutives au domicile. Ce retrait des interventions à domicile vient renforcer l'activité des CMP, qui voient leur file active augmenter de 22 % entre 2000 et 2003. » Il est alors dit que le CMP devient donc la structure pivot des secteurs.

Cette conclusion n'est peut-être pas le reflet de la réalité ; si le travail à domicile décroît, ce n'est pas pour accueillir mieux et plus vite au CMP car, en même temps, les délais d'attente augmentent dans les CMP. Dans 44 % des secteurs, une liste d'attente existe.

Quant au délai d'attente de consultation, médicale pour une première demande de soins, il est supérieur à un mois pour 25 % des secteurs contre 16 % en 2000. Bien que ces chiffres soient intéressants, ils ne mettent pas en évidence le mode d'organisation des CMP. Le CMP est-il un lieu d'accueil des situations de crise ? Si le CMP est la structure pivot, elle doit fonctionner en lieu d'accueil de l'urgence en première intention et elle doit proposer un accueil tous les jours des moments de crise.

Actuellement un glissement s'effectue, visant à ne pas positionner l'accueil de la crise dans les CMP, mais plutôt aux urgences de l'hôpital ou dans un centre d'accueil et de crise en psychiatrie de 48 ou 72 heures. La crise évolue alors vers l'urgence, ce qui est regrettable.

Les CMP deviennent de plus en plus des lieux de consultation, avec peu d'accueil en urgence et peu de travail à domicile. Les consultations sont surtout programmées et des listes d'attente se constituent. Face à l'augmentation des demandes, il n'y a pas d'augmentation des moyens, qui demeurent positionnés dans les unités de soins à temps complet.

Ce sont des signes qui mettent en évidence que le CMP ne remplit pas le rôle de pivot du secteur car :

- Les urgences sont accueillies en dehors du CMP, qui ne figure pas comme le premier maillon de l'accueil de l'urgence et de la crise, et qui ne joue pas son rôle de proximité.

- La baisse du travail à domicile indique que l'équipe ne peut pas aller rencontrer les patients qui rompent leur suivi et qui sont bien souvent ceux qui présentent des pathologies sévères et qui risquent de revenir à nouveau dans le circuit de l'urgence.

- Les listes d'attente mettent en évidence que les nouvelles demandes ne sont pas considérées comme des priorités, or cette question est essentielle : car cela signifie que le travail d'évaluation ne peut pas se faire, et qu'un pourcentage de ces patients, entre-temps, arrive dans le circuit de l'urgence, alors qu'une consultation d'accueil rapide au CMP aurait permis d'évaluer le caractère d'urgence ou pas de cette demande.

Il pourrait s'agir là d'indicateurs intéressants :

- Le CMP est-il ouvert chaque jour à une demande urgente d'accueil et y a-t-il un dispositif spécifique ? Par exemple : un psychologue, ou un infirmier, ou un psychiatre d'accueil pour toute nouvelle demande ou demande d'urgence d'un patient suivi.

- Quel est l'intervenant qui est en première ligne ?

- Ce dispositif peut-il constituer le premier maillon de l'accueil de l'urgence permettant d'éviter l'aggravation de certaines situations ?

- Quel est le pourcentage de personnel en ambulatoire par rapport à l'ensemble du secteur ?

Le CMP devrait représenter ce dispositif polyvalent d'accueil et de soins de proximité, qui doit pouvoir décliner une palette d'interventions soignantes en fonction de l'état du patient : accueil d'urgence, délivrance de médicaments, consultation, accompagnement, VAD...

Si plus de 80 % des patients sont suivis en ambulatoire, alors le pourcentage des soignants doit être positionné à ce niveau-là.

Une remise en question de la structure même de l'organisation des soins est nécessaire.

Quelques éléments de réflexion

Évolution actuelle

L'évolution du système de soins actuel touche peut-être à un point de tension extrême représenté par :

- l'augmentation des suivis en ambulatoire,
- l'augmentation des situations d'urgence et du nombre d'hospitalisations à la demande d'un tiers,
- l'augmentation du nombre de patients hospitalisés (proportion moindre que pour les suivis ambulatoires),
- la baisse du nombre de lits,
- et toujours le peu de structures dites alternatives à l'hospitalisation.

Cela signifie que s'il n'y a pas de réforme structurelle permettant le passage des soignants sur l'ambulatoire en nombre suffisant pour continuer à développer les soins de proximité, la situation va devenir de plus en plus explosive.

Les patients qui en pâtissent sont ceux qui présentent des pathologies sévères comme les psychoses et qui nécessitent une attention accrue avec un suivi régulier, au long cours et souvent à domicile, notamment lors des ruptures de suivi. C'est malheureusement cette population que l'on retrouve actuellement en prison et dans les structures pour personnes en précarité [11]. Or on sait que trois facteurs augmentent les risques de passage à l'acte : l'arrêt des traitements et des

prises en charge, la prise de toxiques et les conditions de vie précaires.

Ces patients doivent faire partie des populations ciblées avec un suivi régulier et une surveillance attentive : c'est la question de la continuité des soins.

Articulation entre les unités de soins

Une attention particulière doit être portée à l'articulation entre le CMP et les unités d'hospitalisation. Si 45 % des patients hospitalisés ne sont pas pris en charge en ambulatoire, cela signifie que la question de la continuité des soins n'est pas suffisamment assurée.

Existe-t-il un outil, un protocole, une fiche de liaison entre l'unité d'hospitalisation et le CMP ? Comment le flux des demandes d'hospitalisation est-il traité entre le CMP et les unités ? Est-il possible de réguler toutes les demandes d'hospitalisation en provenance du CMP et, à l'inverse, un patient qui sort d'hospitalisation est-il suivi aussitôt par le CMP pour faciliter la continuité des soins ? Et s'il ne vient pas, en fonction de sa pathologie bien entendu, va-t-on se déplacer à son domicile ?

Comment raisonner à partir des fonctions soignantes plutôt que des structures de soins ?

- De quelle manière décliner la fonction accueil et crise, pour éviter l'urgence, où et avec quels moyens ?
- Le suivi des patients présentant une pathologie sévère représente-t-il

une priorité ? Quels moyens sont mis en œuvre ?

- Il serait utile de demander dans un questionnaire annexe de définir les priorités au niveau des soins pour chaque secteur ?

Quelques propositions de priorités

- L'accueil et l'évaluation de toute nouvelle demande devraient être réalisés le plus rapidement possible.

Indicateur : accueil de tous les jours par un Infirmier, ou un autre membre de l'équipe au CMP : fonction d'accueil.

- Un suivi et une vigilance accrue des patients présentant des troubles sévères devraient être mis en place.

Indicateurs : le nombre de ré-hospitalisations pour une population cible, celle présentant des troubles sévères, le pourcentage de patients suivis uniquement en hospitalisation.

- Un projet individualisé pourrait être fait pour les patients présentant des troubles sévères, avec une attention particulière pour la réinsertion sociale et l'hébergement afin d'éviter la chronicisation.

Indicateurs : type et nombre de logements alternatifs, en décrivant ceux qui dépendent du secteur et ceux auxquels le secteur a accès par des conventions, parce qu'il s'agit de structures intersectorielles, ou grâce à un travail de réseau

- L'insertion et l'articulation des structures de soins devraient être réalisées avec

[suite page 16](#)

Références

1. Lafont M. *L'extermination douce*. Éditions Le bord de l'eau 1987.
2. Les secteurs de psychiatrie générale en 2003, Drees - Document de travail, série études n° 70, novembre 2007.
3. Cases Ch., Salines E. Statistiques psychiatriques en France : données de cadrage in RFAS 2004, n° 1, janvier-mars.
4. Piel E., Roelandt J.-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport publié à la Documentation française, juillet 2001.
5. *La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Rapport OMS sur la santé dans le monde 2001.
6. Roelandt J.-L., Caria A., Anguis M. La santé mentale en population générale : images et réalités. *Information psychiatrique* 2003.
7. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000. Évolution et disparités. Drees *Études et résultats* n° 342, octobre 2004.
8. Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999. Drees *Études et résultats*, n° 163, mars 2002.
9. Organisation des centres médico-psychologiques, CTN n° 2. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, octobre 2006.
10. Colucci M., Divittorio P. *Franco Basaglia : Portrait d'un psychiatre intempêtif*, Erès, 2005.
11. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiques en milieu carcéral*. Déc. 2004, rapport Cemka Eval.
12. Prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, Drees *Études et résultats* n° 427, sept 2005.
13. Terra J.L. *Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice, et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, décembre 2003, 222 p.



Avis du HCSP sur la diffusion en milieu hospitalier d'une variété de *Clostridium difficile* dans le Nord - Pas-de-Calais

La diffusion en milieu hospitalier, depuis fin 2005, d'une variété particulièrement virulente de *Clostridium difficile* a été à l'origine d'une situation épidémique signalée dans le Nord - Pas-de-Calais. Le traitement de l'infection repose sur l'utilisation de la vancomycine.

À la suite d'une actualisation de l'autorisation de mise sur le marché de la vancomycine par l'Afssaps, il s'est avéré nécessaire de réviser la 7^e recommandation de l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 22 septembre 2006 portant spécifiquement sur le traitement par métronidazole et vancomycine des infections à *Clostridium difficile*.

Des experts du groupe de travail des médicaments anti-infectieux de l'Afssaps et du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (Comité technique permanent de la Commission spécialisée sécurité sanitaire du HCSP) ont proposé une nouvelle rédaction de la stratégie thérapeutique antibiotique de ces infections, les autres recommandations antérieures restant inchangées.

Ces modifications conduisent à proposer un avis complet destiné aux professionnels de santé, comportant en annexe un logigramme de la stra-

tégie thérapeutique du traitement des infections à *Clostridium difficile* en cas de premier épisode et en cas de récurrence.

- Avis produit par la Commission spécialisée sécurité sanitaire, sur proposition du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins le 20 juin 2008 <http://www.hcsp.fr/hcspi/explore.cgi/avisrapports?ae=avisrapports&menu=09>

[suite de la page 15](#)

les différents lieux sociaux de la cité en développant le travail de réseau.

Indicateurs : conventions et partenariats, à l'échelle du secteur.

Conclusion

La France a été particulièrement novatrice dans les années soixante/soixante-dix en préconisant la politique de secteur ; celle-ci ne s'est mise en place que très lentement et demeure très hospitalocentrée alors que les trois quarts des patients sont à présent suivis en ambulatoire. Une transformation structurelle doit permettre d'augmenter de façon significative le nombre des soignants sur les lieux de soins ambulatoires.

De plus, très peu d'alternatives à l'hospitalisation ont été mises en place et le manque de logements avec un accompagnement soignant conduit à une chronicisation des patients (25 % des lits occupés) dont on sait qu'elle a des conséquences catastrophiques pour leur trajectoire de vie.

Avec l'appui des associations d'usagers et des familles, un vrai débat doit s'instaurer pour développer des actions de destigmatisation et d'information, qui s'inscrivent dans un travail de prévention préconisé dès la circulaire de 1960.

De plus, les usagers et les familles doivent être associés à la réflexion sur l'évolution du dispositif soignant, afin

qu'une dynamique et une ouverture sur la cité facilitent le changement des représentations et des pratiques.

Une évaluation des systèmes de soins prenant en compte l'ensemble de ces données devrait permettre de faire évoluer de façon significative les pratiques par un effet de bascule vers les soins communautaires d'une majorité de personnels. Ce mouvement rejoint les recommandations de l'OMS, et l'évolution des pays européens. ■